



ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

Vallejo Sánchez, Beatriz¹; Rodríguez Pereira, Carlamarina¹; García Blanco, Cristina²; y Martínez Arnaiz, Julio²; Sicilia Martín, Agustín¹

1. Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental de Puertollano (Ciudad Real, España)
2. Médico Psiquiatra. Unidad de Salud Mental de Puertollano (Ciudad Real, España)

bvallejo@sescam.jccm.es

Apego adulto. Distimia.

Adult attachment. Distimia.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar la relación entre estilo de apego y psicopatología en una pequeña muestra de pacientes con el diagnóstico de distimia.

Metodología: Se aplicaron varios cuestionarios, como parte del protocolo de evaluación, a una muestra de 15 pacientes que se encontraban en tratamiento en una Unidad de Salud Mental: escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del DSM-IV-TR, Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2005).

Resultados: Se hace un estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra, y se presentan los resultados en los diferentes instrumentos de evaluación.

Conclusiones: Predominan en la muestra estilos de apego no seguros, aunque los resultados no son concluyentes debido al tamaño de la muestra.

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

INTRODUCCIÓN

La teoría del apego de Bowlby (1969) ha tenido una influencia muy importante en el campo de la psicopatología, y de la depresión en particular (Guidano, 1987; Gilbert, 1992). Para Bowlby, que integra aspectos de las teorías psicoanalítica y cognitiva, la calidad y el desarrollo de las relaciones tempranas son determinantes en el desarrollo de la personalidad y de la salud mental de las personas, lo cual ha sido confirmado de forma clara en estudios posteriores, encontrándose relaciones especialmente con trastornos de ansiedad, depresión o trastornos de personalidad, aunque según algunos autores la relación entre apego y psicopatología no es específica (Fonagy, 2004; Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 1996).

La literatura ha apoyado ampliamente la existencia de asociaciones entre apego inseguro y psicopatología, aunque aún no se ha llegado a comprender los mecanismos y procesos que explican esa relación (Soares y Díaz, 2005). El estudio sobre la relación entre apego y psicopatología se ha centrado en especial en el tipo de apego desorganizado, un tipo de apego introducido por Main y Solomon (1986) a la clásica clasificación de Ainsworth (1978) que diferenciaba entre apego seguro, evitativo y resistente-ambivalente. Este tipo de apego, estaría caracterizado por conducta desorganizada, contradictoria y estereotipada, por ejemplo buscar intensamente la proximidad y luego rechazarla activamente, y lo encontraron frecuentemente en niños maltratados o cuyos cuidadores inspiran miedo, por lo que se encuentran frente a la paradoja de necesitar protección de las figuras que a su vez les provocan circunstancias atemorizantes, que daría lugar a problemas en el manejo de la angustia de separación y frecuente desarrollo de trastornos de conducta y agresividad (Main y Hesse, 1990; Aizpuru, 1994).

Según algunos autores, la teoría del apego (Bowlby, 1969) es una teoría sobre la regulación del afecto (Kobak, 1986; Sroufe, 1996). En este sentido, el apego implicaría un vínculo emocional entre padre e hijo, pero sería también el contexto en que los seres humanos aprenden a regular las emociones desde la primera infancia (Sroufe, 1996). Este aprendizaje se realizaría a través de un proceso regulatorio diádico, donde el niño daría señales de su estado emocional que serían comprendidas y respondidas por el cuidador, aprendiendo el niño esas mismas respuestas de afrontamiento, pero también aprendiendo que los estados emocionales negativos no conducirán a la desorganización, y que podrá recurrir a su cuidador para recuperar la homeostasis (Fonagy, 1999), lo cual supondrá una mayor tolerancia ante el afecto negativo, y una mayor autopercepción de competencia en la autorregulación emocional (Carlson y Sroufe, 1995). En este sentido, desde la perspectiva del apego, el hecho de haber tenido experiencias de apego desorganizado pueden suponer factores de riesgo significativos para el desarrollo posterior de trastornos psicopatológicos ante circunstancias vitales estresantes (Sameroff y Ende, 1989), mientras que un apego seguro constituiría un factor de protección (Morriste, Barnard, Greenberg, Booth y Spieker, 1990) ya que el tipo de apego puede influir en la forma en que evalúan y reaccionan ante los eventos vitales (West, Livesley, Reiffer y Sheldon, 1986). Dependiendo del tipo de apego, la persona expresará sentirá y expresará sus emociones de diferente manera, y utilizará diferentes estrategias para regular el estrés y conseguir seguridad y equilibrio emocional.

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

Bartholomew y Horowitz (1991), que distinguen entre apego seguro, inseguro preocupado, inseguro alejado y huidizo hostil, consideran que cada estilo dará lugar a un equilibrio diferencial entre la necesidad de vinculación y de autonomía. Las personas con apego seguro, que son sociables, con facilidad para expresar sentimientos y estrategias para resolver conflictos, mantendrán un adecuado equilibrio entre autonomía y necesidades afectivas. Las personas con apego inseguro preocupado tienen baja autoestima, alta necesidad de aprobación y miedo a la expresividad y al rechazo, mostrándose muy dependientes. Las personas con apego inseguro alejadas priorizan su autosuficiencia al establecimiento de lazos afectivos, sintiéndose incómodas en la intimidad y al expresar afecto. Y por último, las personas huidizas hostiles combina aspectos de los estilos alejados y preocupados, pues se sienten incómodas en la intimidad y evitan las relaciones, pero al mismo tiempo necesitan la aprobación, y temen el rechazo, experimentando en muchas ocasiones sentimientos de hostilidad y rencor.

En conclusión, el apego desorganizado sería un proceso que dificultaría la organización de la experiencia emocional, cognitiva, relacional y psicofisiológica, predisponiendo a la persona a mayores dificultades para regular las situaciones estresantes de la vida. Pero los modelos parentales, si bien son los principales generadores de desorganización en los niños, esta influencia no es determinista, y además no serían los únicos mecanismos generadores de desorganización, siendo más bien el resultado de diferentes procesos internos, relacionales y socio-ambientales (Lecannelier, Ascanio, Flores y Hpoftmann, 2011).

Con respecto a la depresión específicamente, Bowlby sostiene que la base de la vulnerabilidad se encuentra en el duelo no resuelto y el conflicto por las pérdidas de los lazos de apego. La persona desarrollaría una autopercepción distorsionada de incapacidad para lograr y mantener vínculos o apegos seguros, encontrándose bajo la amenaza continua de pérdida. Para Guidano (1994) también sería fundamental las experiencias de pérdida, favoreciendo experiencias emocionales oscilantes entre el desamparo y la ira, el sentimiento de estar solo en un mundo poco confiable, que lo rechaza.

El trastorno distímico, en particular, constituye un cuadro depresivo de menor gravedad que la depresión mayor pero más crónica y con características particulares. Entre ellas, el hecho de que suele ir asociado con más frecuencia que en otros cuadros como la depresión a características disfuncionales de la personalidad, por lo que podría esperarse un patrón de relaciones de apego también disfuncional. Por tanto, se entendería que este trastorno podría tener una base relacional. No obstante, Soares y Díaz (2005), en un estudio de revisión, no encuentran estudios que aborden el estudio de los patrones de apego en muestras de pacientes distímicos.

Los objetivos de este estudio fueron, en primer lugar, examinar el patrón de apego predominante en una muestra de pacientes distímicos, así como las características clínicas (actividad funcional, síndromes clínicos y trastornos de personalidad).

METODOLOGÍA

Participantes e instrumentos

Se aplicaron varios cuestionarios, como parte del protocolo de evaluación, a una muestra de 15 pacientes que se encontraban en tratamiento en la Unidad de Salud Mental de Puertollano (Ciudad real) y reunían criterios para el diagnóstico de Distimia (APA, 2000; WHO, 1992). Se excluyó a todos aquellos pacientes que presentaban de forma comórbida otra psicopatología grave del Eje I o II del DSM-IV-TR, así como aquellos cuyas edades no estuviesen comprendidas entre los 18 y 65 años y los que presentasen condiciones que dificultasen la aplicación de los instrumentos de estudio (deterioro cognitivo y/o médico, o nivel educativo o intelectual insuficiente).

La media de edad de los sujetos fue de 49 años, con un rango de entre 28 y 65 años.

Los instrumentos de evaluación fueron los siguientes:

La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del DSM-IV-TR (APA, 2000), que se trata de un instrumento heteroaplicado que evalúa el funcionamiento global de los pacientes a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. Consta de un único ítem puntuado entre 1 (expectativa manifiesta de su muerte) y 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades). Constituye el eje V del diagnóstico multiaxial propuesto por la APA.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III; Millon, 2004). Se trata de un inventario autoaplicado para la valoración de los trastornos de personalidad y los principales síndromes clínicos, derivado del modelo integrado de la psicopatología y la personalidad del mismo autor (Millon y Davis, 1998) y al mismo tiempo coordinado con el modelo multiaxial del DSM. Consta de 175 ítems con formato de respuesta verdadero/falso y 26 escalas: 4 de fiabilidad y validez (Validez, Deseabilidad, Devaluación, y Sinceridad), y 24 escalas clínicas: 10 de personalidad básica (Esquizoide, evitativa, Dependiente, Histriónica, narcisista, anisocial, agresivo sádica y autodestructiva), 3 de personalidad patológica (esquizotípica, paranoide y límite), 6 de síndromes clínicos de gravedad moderada (Distimia, Ansiedad, Hipomanía, Histeriforme, Abuso de alcohol y Abuso de drogas) y 3 de gravedad severa (Pensamiento psicótico, Trastorno delirante y depresión Mayor) una puntuación de prevalencia entre 75 y 85 indica rasgos clínicos de personalidad, mientras que a partir de una puntuación de 85 indica un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave, un trastorno de la personalidad. Tiene buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad test-retest entre 0,84 y 0,96 y una consistencia interna superior a 0,80 (Cardenal y Sánchez, 2007).

Para medir la sintomatología depresiva se utilizó además el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), en concreto en su versión revisada (BDI-IA; Beck, Rush Shaw y Emery, 1979; adaptada y traducida al castellano por Sanz y Vázquez, 1998). Se trata de un cuestionario autoaplicado para adultos y adolescentes, que evalúa la intensidad de la depresión a través de 21 ítems, con 4 opciones de respuesta cada uno, que cubren de manera aceptable los síntomas incluidos por la APA como criterios para diagnosticar un

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

trastorno depresivo (Vazquez y Sanz, 1991), aunque no proporciona un diagnóstico. El sujeto ha de elegir la afirmación con la que más se identifique en función de cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo el día en que completa la prueba. El instrumento ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (Beck, Steer y Garbin, 1988; Richter, Werner, Heerlein, Kraus y Sauer, 1998), también en su versión española, con cifras de fiabilidad de 0,83 (Sanz y Vázquez, 1998). La puntuación final, que oscila entre 0 y 63, es la suma de los valores de las frases seleccionadas, siendo los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes: no depresión: 0-9 puntos; depresión leve: 10-18 puntos; depresión moderada: 19-29 puntos; y depresión grave: 30-63 puntos (Beck, Steer y Garbin, 1988)

Para la medida del estilo de apego se utilizó el Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2005). Se trata de un autoinforme compuesto por 40 ítems que se agrupan en 4 escalas. La primera escala, Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo evalúa necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional. La segunda escala, Resolución hostil de conflicto, rencor y posesividad, evalúa ira hacia los demás, resentimiento, facilidad a la hora de enfadarse, posesividad y celos. La tercera escala, Expresividad emocional y comodidad con la intimidad, evalúa sociabilidad, facilidad para expresar emociones y confianza en los demás a la hora de expresar y solucionar los problemas interpersonales. Por último, la escala Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad, valora la priorización de la autonomía frente al establecimiento de lazos afectivos, la evitación del compromiso emocional y la sobre valoración de la independencia personal. Estas 4 escalas representan dimensiones donde los sujetos se sitúan en un continuo. Este instrumento permite la clasificación de los sujetos en dos *clusters* (seguros/ inseguros) o en cuatro (temerosos, preocupados, seguros y alejados), según se combinen las cuatro escalas. Su consistencia interna oscila de 0.68 a 0.86 (Melero y Cantero, 2005).

Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows (versión 19.0). Se realizaron análisis descriptivos de la muestra en todas las variables estudiadas (media y desviación típica, puntuaciones mínimas y máximas). No se realizaron análisis de correlaciones por no cumplirse los requisitos necesarios, así como tampoco comparaciones entre apego seguro e inseguro debido al pequeño tamaño de la muestra y a que solo hubo 1 sujeto con un apego seguro.

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la tabla 1

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=15)

Características sociodemográficas		n	%
		28-65	
Edad	Rango	49	
	Media	12,81	
	Desviación típica		
Sexo	Hombre	5	33,3%
	Mujer	10	66,7%
Estado civil	Soltero	3	20%
	Casado	7	46,7%
	Separado/Divorciado	3	20%
	Viudo	2	13,3%
Situación laboral	Activa	3	20%
	No activa (desempleado)	9	60%
	Incapacitado/Jubilado	3	20%
Nivel educativo	Básico (primaria o menos)	10	66,7%
	Medio (Secundaria o FP)	4	26,7%
	Superior (Universitaria)	1	6,7%
Nivel económico	Bajo	6	40%
	Medio	9	60%
	Alto	0	0%

Los resultados en las diferentes escalas clínicas y de apego aplicadas se muestran en la escala 2, 3 y 4.

Con respecto a las puntuaciones en las escalas de personalidad, en ningún caso obtuvieron puntuaciones sugerentes de presencia de rasgos desadaptativos de personalidad

En cuanto a los síndromes clínicos, la puntuación media en el BDI fue indicativa de depresión moderada. La puntuación media en el EEAG sería la correspondiente a un nivel de sintomatología leve o dificultades leves en la actividad funcional.

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

En cuanto al resto de escalas del MCMI, la muestra obtuvo puntuaciones medias sugerentes de presencia de síntomas clínicos significativos en la escala de trastorno somatomorfo y de trastorno del pensamiento, y puntuaciones indicativas de la presencia de un diagnóstico establecido en las escalas de trastorno de ansiedad, trastorno distímico y depresión mayor. Por último Resulta curioso el hecho de que también puntuaron de forma significativamente alta en la escala de devaluación (por encima de 75), indicando una tendencia a presentarse de manera desfavorable.

Tabla 2. Datos descriptivos de las variables clínicas

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
BDI	10	30	21,13	6,266
EEAG	55	70	63,13	4,749
Sinceridad	33	90	64,87	19,985
Deseabilidad	0	71	46,67	23,169
Devaluación	54	100	76,67	15,819
Esquizoide	17	82	55,80	15,091
Evitativo	0	98	54,67	27,774
Depresivo	23	85	60,13	20,448
Dependiente	0	93	64,47	22,891
Histriónico	8	75	42,60	22,135
Narcisista	18	73	47,07	18,809
Antisocial	0	68	42,27	22,189
Agresivo	0	106	46,00	29,401
Compulsiva	0	62	47,27	16,880
Negativista	27	82	57,27	16,816
Autodestructivo	29	93	55,07	15,040
Esquizotípico	0	89	55,93	23,270
Limite	12	98	52,93	22,388
Paranoide	0	81	55,20	23,168
Trastorno de ansiedad	45	108	83,60	18,130
Trastorno somatomorfo	38	98	74,07	15,012
Trastorno bipolar	0	73	45,40	24,567
Trastorno distímico	64	104	82,93	13,183
Dependencia de alcohol	0	68	50,53	18,795
Dependencia de sustancias	0	95	40,87	28,410
TEPT	24	71	58,27	13,709
Trastorno del pensamiento	43	86	66,40	12,855
Depresión mayor	55	112	76,40	14,870
Trastorno delirante	0	104	47,47	36,758

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las escalas de apego

	Rango	Minimo	Máximo	Media	Desv. típica
Escala 1	36	26	62	44,00	10,427
Escala 2	23	19	42	30,53	7,210
Escala 3	12	32	44	39,20	3,649
Escala 4	23	12	35	21,07	6,112

Nota: Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Escala 2: Resolución hostil de conflicto, rencor y posesividad; Escala 3: Expresividad emocional y comodidad con la intimidad; Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad

Tabla 4. Puntuación media en las escalas de apego y su significación según baremo de Melero y Cantero (2008).

Escalas	Puntuación media	Puntuación centil	Significación
Escala 1	44,00	61-74	Moderado-Alto
Escala 2	30,53	40-60	Moderado
Escala 3	39,20	25-39	Bajo-Moderado
Escala 4	21,07	75-84	Alto

Con respecto a las puntuaciones en las escalas de apego, las puntuaciones son moderadas en la escala 2, referido a la hostilidad y sentimientos de rencor y posesividad en la relación con los demás. Presentan puntuaciones algo altas en la escala 1, indicando una tendencia a la baja autoestima, y necesidad de aprobación y aceptación, y algo bajas en la escala 3, indicando también ciertas dificultades en la comunicación emocional. Por último, las puntuaciones más desadaptativas son las encontradas en la escala 4, que indicarían problemas significativos de dependencia emocional.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue estudiar el apego en una muestra de pacientes con trastorno distímico para profundizar en su estudio. En concreto, se pretendía estudiar el perfil psicopatológico y las características de apego predominantes.

Los resultados en cuanto a las características de apego de la muestra fueron en la línea de los hallazgos previos, encontrándose un estilo de apego predominante inseguro. Es decir, al comparar la puntuación media en las diferentes escalas (entre moderada y alta en las escalas 1,2 y 4, y moderada baja en la 3) con los baremos obtenidos en la validación del instrumento de valoración del apego (ver Melero y Cantero, 2008), se encontraría que muestran un apego inseguro. No obstante, este perfil de puntuaciones no se ajustaría exactamente a ninguna de las tipologías propuestas por estos autores. En cuanto a las subcategorías del apego inseguro, se situaría entre el apego preocupado (que muestra

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

altas puntuaciones en la escala 1, moderadas altas en la 3, y moderadas en la 2 y 4) y el apego alegado (cuyas características son puntuaciones entre bajas y moderadas en las escalas 1 y 3, moderadas en la 2, y altas en la 4). Tampoco el ajuste a las tipologías propuestas se produce al considerar las puntuaciones sujeto por sujeto, pues solo 7 de los 15 sujetos se ajustó de forma más clara, mostrando los 8 restantes perfiles algo más alejados. En concreto, y considerando aquella tipología a la que cada sujeto se acercaba más, solo un sujeto mostró un apego seguro, 2 mostraron apego temeroso hostil, 3 apego alejado y 9 mostraron un apego preocupado.

Con respecto a las puntuaciones en los tests sintomatológicos, se obtuvieron altas puntuaciones en las escalas de síndromes clínicos, aunque no en los trastornos de personalidad, lo cual no coincide con lo encontrado en la literatura. Es probable que el pequeño tamaño de la muestra explique los resultados.

En cuanto a las limitaciones, el pequeño tamaño de la muestra ha hecho imposible llegar a resultados concluyentes. Además, aunque el objetivo inicial era realizar un análisis de las diferencias en las variables de personalidad y psicopatología, en función de los diferentes patrones de apego predominantes, no fue posible debido al número de sujetos. Podría ser interesante un estudio con una muestra mayor, donde se comparase los perfiles sintomatológicos entre diferentes categorías de apego.

REFERENCIAS

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Aizpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2, 1, 37-44.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: APA.

Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A.T. y Steer, R.A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.

Beck, A. T., Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York. Basic Books.

Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMIII)*. Madrid: TEA Ediciones.

Fonagy, P. (1999), "Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

research", en J. Cassidy, & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment*, New York, Guilford, pp. 595-624.

Carlson, E. y Sroufe, L. A. (1995). The contribution of attachment theory to developmental psychopathology. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental processes and psychopathology: Vol. 1. Theoretical perspectives and methodological approaches* (pp. 581-617). New York: Cambridge University Press.

Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. y Hoffman, M. (2011). Apego & psicopatología: una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Terapia psicológica*, 29, 107-116.

Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.

Gilbert, P. (1992). *Counseling for depression*. London: Sage publications.

Guidano, V.F. (1987). *Complexity of the Self*, Guilford, New York.

Main, M., y Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? En M. T. Greenberg, D. Cicchetti, y E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (pp. 161-1829). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/ disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

Melero, R., y Cantero, M^a J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19 (1), 83-100.

Millon, T. (2004). *MCMII-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: Tea Ediciones.

Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Morrisset, D., Barnard, K., Greenberg, M., Booth, C. y Spieker, S. (1990). Environmental influences on early language development: The context of social risk. *Development and Psychopathology*, 2, 127-149.

Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. y Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 31, 160-168.

Sameroff, A. J., y Emde, R. N. (Eds.) (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books.

Soares, I. y Díaz, P. (2005). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 177-195.

Sroufe, L.A. (1996). *Emotional development: the organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.

ESTILOS DE APEGO EN DISTIMIA

Van Ijzendoorn, M.H. y Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment Representations in Mothers, Fathers, Adolescents, and Clinical Groups: A Meta-Analytic Search for Normative Data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 8-21.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol. 2* (pp. 717-784). Valencia: Promolibro.

West, M., Livesley, J., Reiffer, L. y Sheldon, A.E.R. (1986). The place of attachment in the life events model of stress and illness. *Canadian Journal of Psychiatry, 31*, 202-207.